REGISTRE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

RESULTATS 2016

Mail : renau.secr@ch-annecygenevois.fr, Site : renau.org,
Application smartphone et Facebook : Réseau Nord Alpin des Urgences, Twitter : @RE_NAU

Table des matières

I. INTRODUCTION 3
II. SUSPICION D'AVC A LA REGULATION 4
1. **Généralités** 4
2. **Etat des patients** 5
3. **Orientation et devenir des patients** 6
4. **Diagnostic final (après passage aux urgences ou en service d'hospitalisation)** 7
5. **Décès** 7
III. DE LA REGULATION A L'UNV 8
1. **Délais médians en min de 2012 à 2016 (du plus clair au plus foncé)** 8
2. **Effets de la régulation sur la prise en charge des patients admis en UNV pour AVC ischémique** 9
IV. UNV 10
1. **Généralités** 10
2. **Description des AVC ischémiques** 11
   a. Evolution de la proportion de diagnostics d'AVCi admis dans les UNVs 11
   b. Score NIHSS et Rankin, patients avec AVCi pris en charge en 2016 12
   c. Délais médians de prise en charge des AVCi 13
   d. Imagerie en première intention 14
   e. Descriptif des patients recanalisés 14
   f. Descriptif des patients avec occlusion d'une artère proximale 16
   g. Descriptif des patients ayant bénéficié de NRI 17
   h. Descriptif des patients ayant bénéficié d'une téléthrombolyse 18
IV. CONCLUSION 19
VI. FICHES DE RECUEIL 22

I. INTRODUCTION

Depuis 2011 le RENAU-AVC réfléchit, organise et optimise les prises en charges des accidents vasculaires cérébraux (AVC) au sein de l'arc alpin. Il est structuré autour d'un bureau multidisciplinaire (urgentistes, régulateurs, médecins neurovasculaires, radiologues, neuroradio-interventionels, neurochirurgien) et organise l'ensemble du parcours de soins du patient suspect d'AVC, de son premier contact en régulation jusqu'à son accueil en services d'urgences puis en Unité Neuro-Vasculaire (UNV).

Ces stratégies, calquées sur les recommandations nationales et internationales, adaptent les orientations des patients aux contraintes temporelles et géographiques et aux plateaux techniques hospitaliers locaux.

La Thrombolyse intra-veineuse (TIV), traitement historique de référence, ne peut être administrée que dans les 4h30 suivant le début des symptômes pour tout AVC ischémique (AVCi). Elle est réalisée dans les 4 UNV du réseau (Annemasse, Annecy, Chambéry et Grenoble) et dans 5 SAU via télé-AVC (Voiron, Albertville, Bourg St Maurice, St Jean de Maurienne, Thônon).

La thrombectomie est indiquée pour une reperfusion artérielle par voie neuroradio-interventionelle (NRI) dans 2 types d'indications :

- Le patient contre-indiqué à la TIV : antécédent d'hémorragie sévère, chirurgie ou traumatisme récents, ulcère gastroduodénal évolutif (douleur ulcéreuse < 3 mois), hémorragie intra-crânienne, patient sous anticoagulant. Le délai maximal de réalisation est de 6h après le début des symptômes.

- L'AVCi dû à une occlusion de gros vaisseaux artériels. En association avec une TIV (technique de bridging), la thrombectomie devra être réalisée le plus rapidement possible, avec un délai maximal de 6h.

Seul le CHU de Grenoble assure cette technique sur notre réseau.

Le parcours du patient est colligé au sein de 2 registres :

Le registre historique des UNV (de 2009 à nos jours) qui collige des données sur tous les patients hospitalisés dans les 4 UNV du réseau : Grenoble, Chambéry, Annecy et Annemasse.

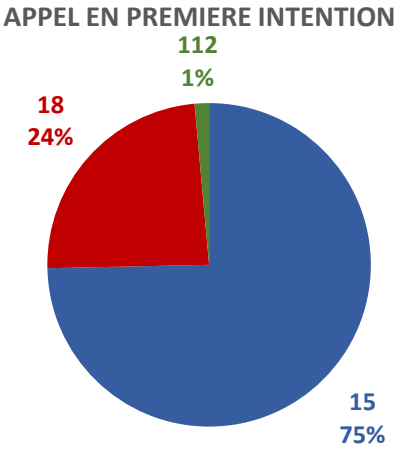
Le registre de suspicion d'AVC à l'appel au centre15 qui collige via les 3 SAMU des informations de régulation.

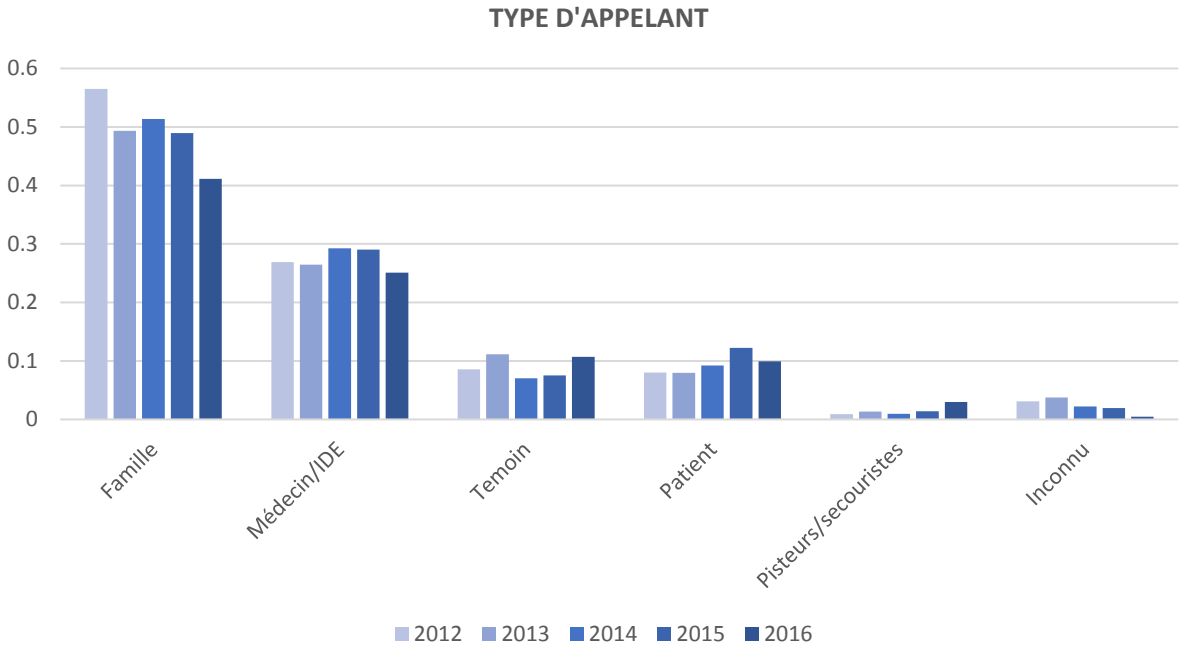
Ce rapport présente les résultats de l'année 2016.

II. SUSPICION D'AVC A LA REGULATION

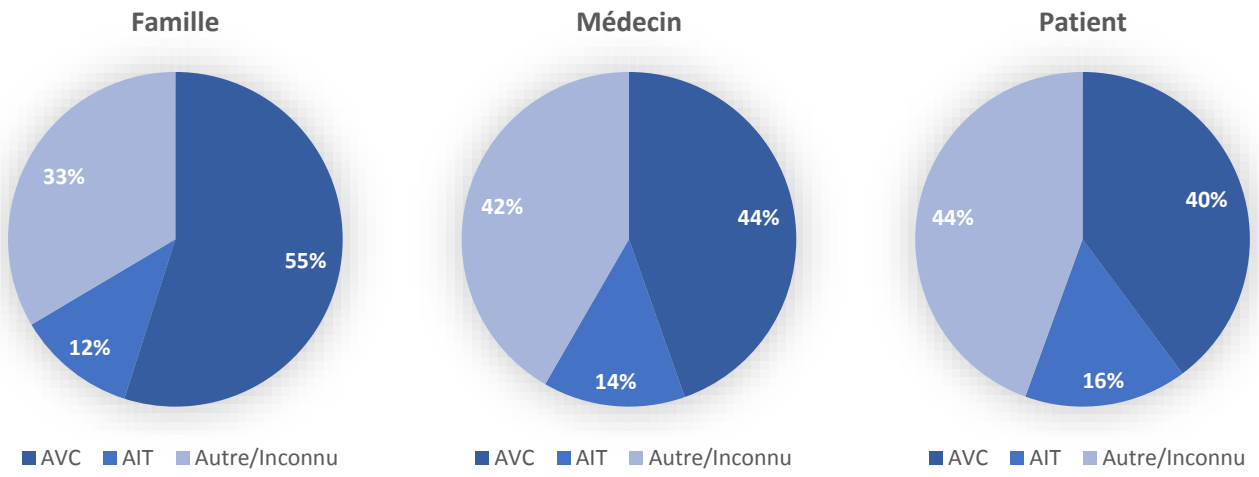
1. Généralités

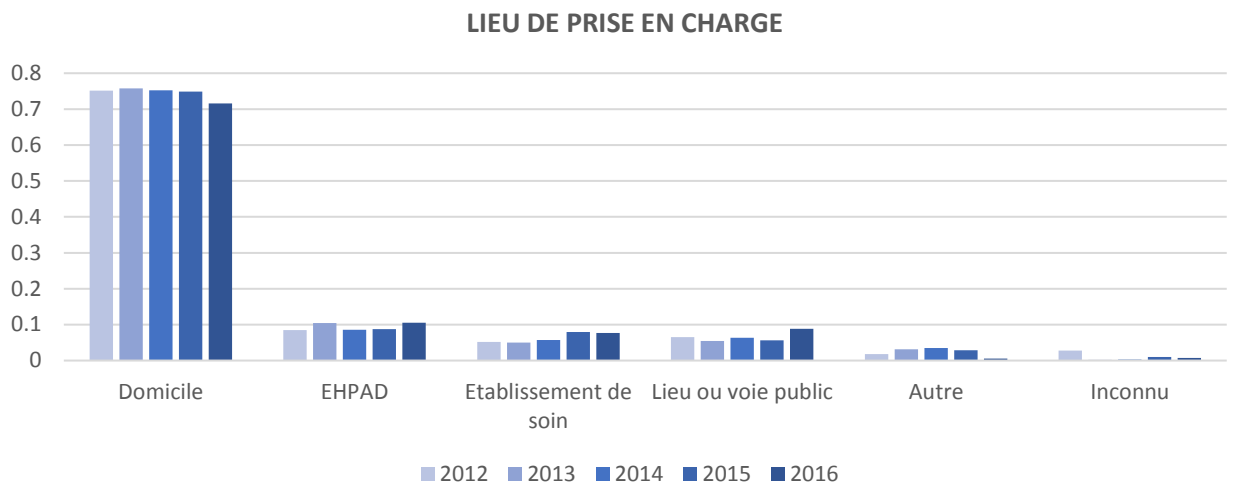
En 2016, sur les trois départements, 1960 patients ont été inclus dans le registre de régulation des suspicions d'AVC : 571 pour l'Isère, 714 pour la Savoie et 675 pour la Haute-Savoie. La moyenne d'âge des patients était de 72,63 ans.



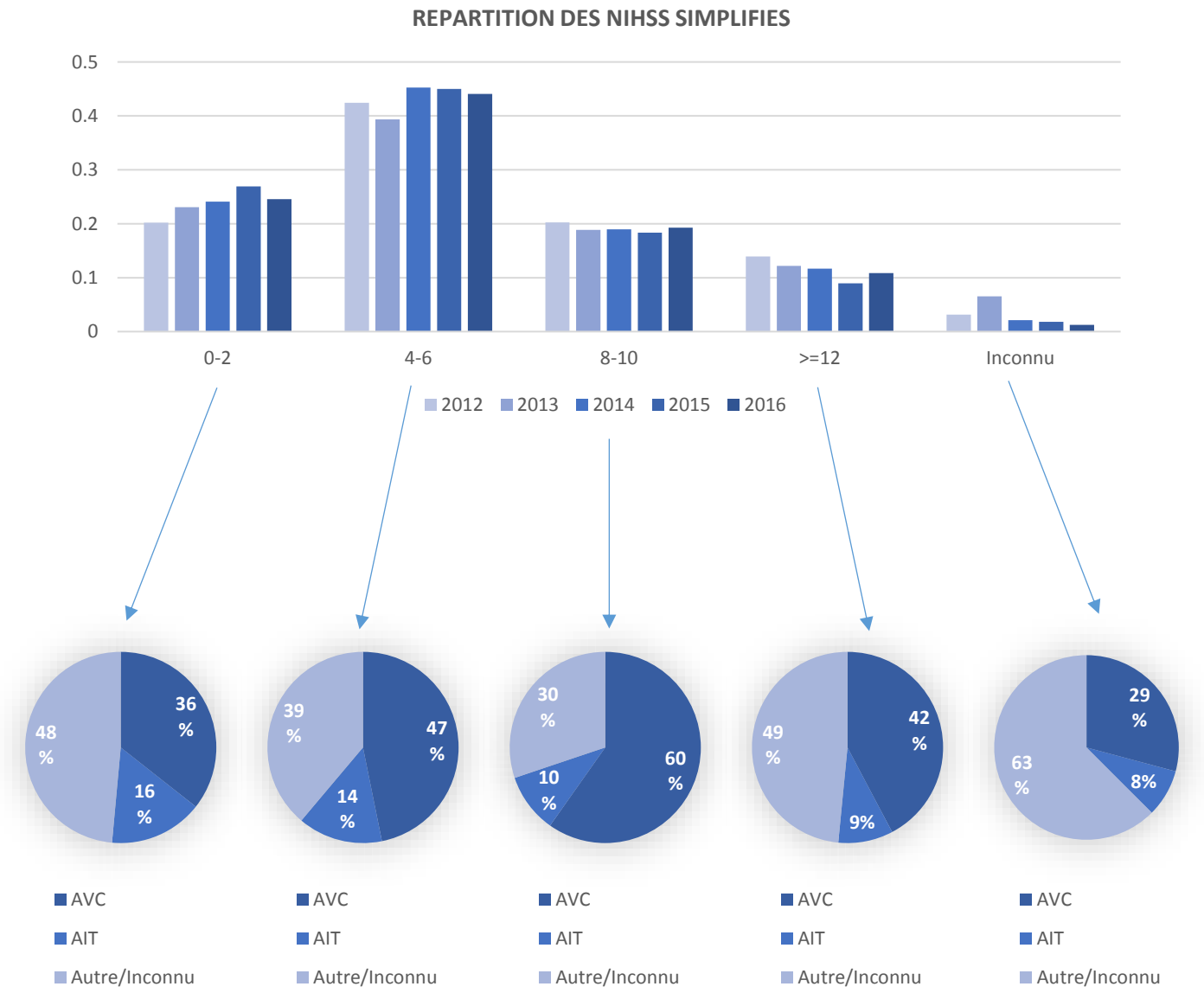


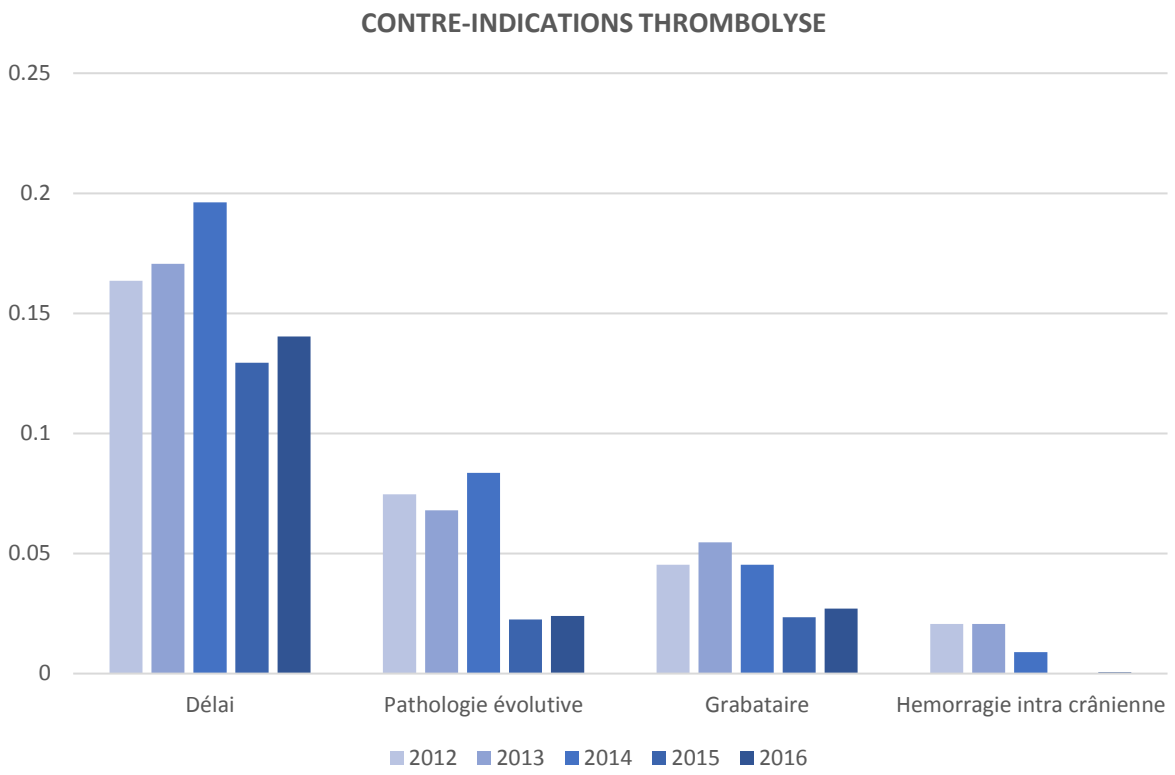
<u>Diagnostics en fonction du type d'appelant :</u>



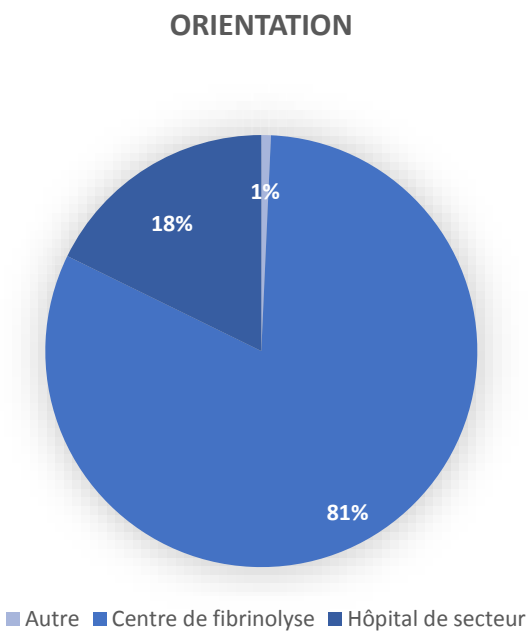


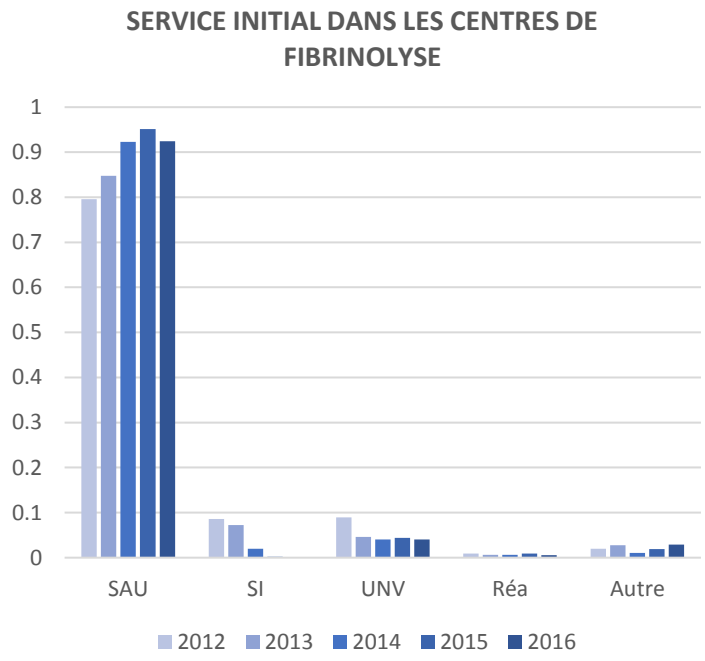
2. Etat des patients



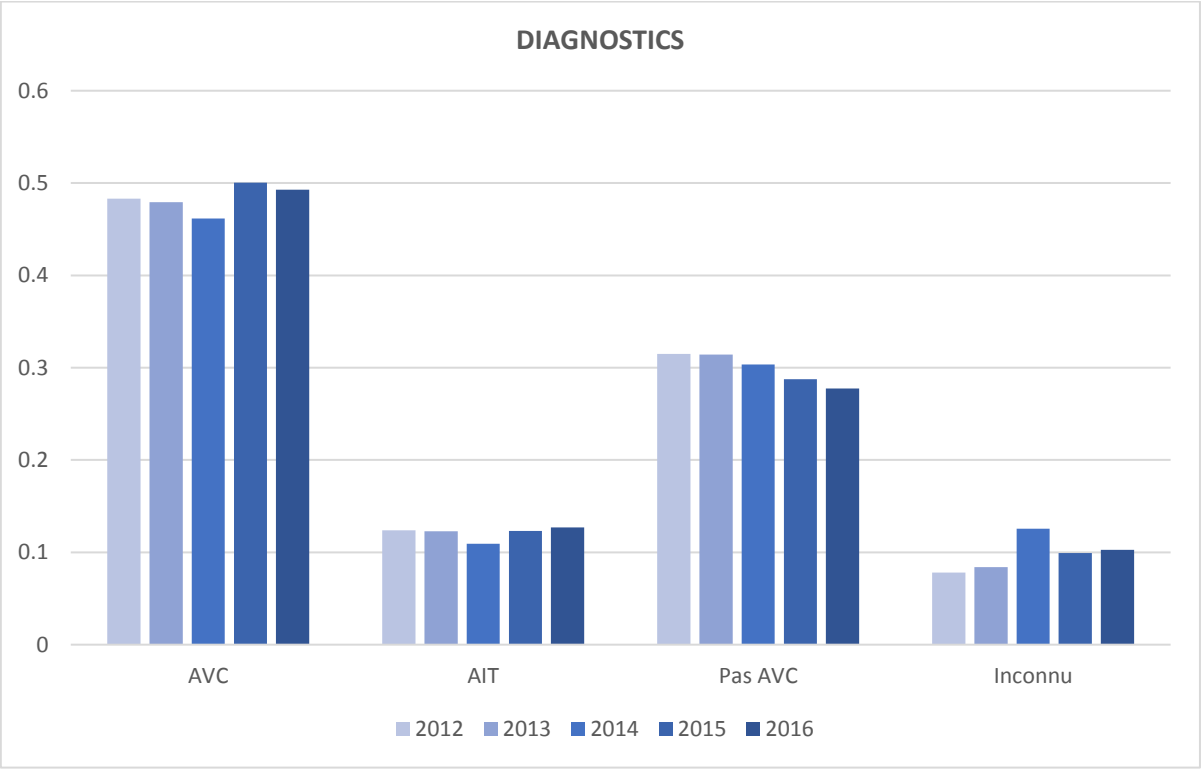


3. Orientation et devenir des patients





4. Diagnostic final (après passage aux urgences ou en service d'hospitalisation)

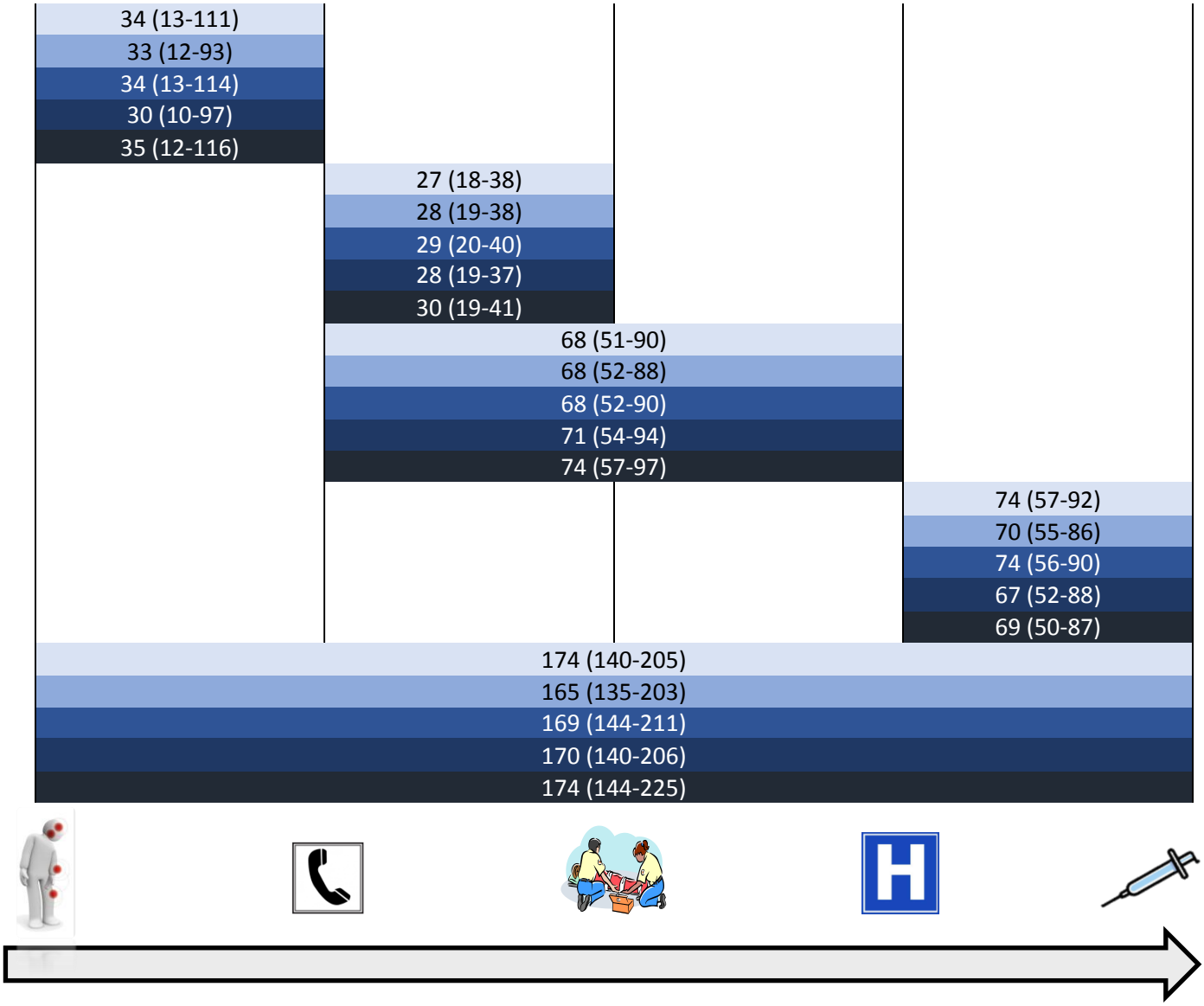


5. Décès

Pour les patients décédés (113 soit 5,8 %), les diagnostics étaient : AVC ischémique (59 patients), AVC hémorragique (42), pas AVC (7), AVC non précisé (2) et AIT (3). Parmi ces patients, 39,8 % avaient un NIHSS simplifié d'au moins 12 au moment de l'appel.

III. DE LA REGULATION A L'UNV

1. Délais médians en min de 2012 à 2016 (du plus clair au plus foncé)

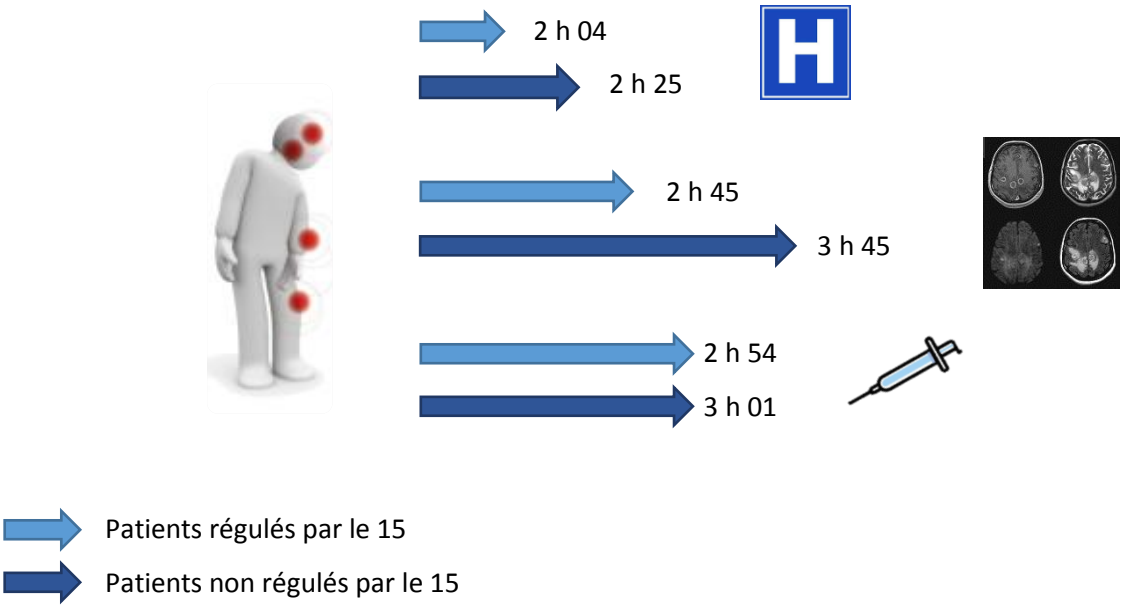


Sur les 738 AVC ischémiques confirmés de la base régulation, 427 sont retrouvés dans la base UNV :

- 136 ont été recanalisés (88 TIV, 11 NRI, 37 bridging);
- Parmi les 390 patients pour lesquels un score de Rankin était indiqué à la sortie de l'UNV, 97 (25%) n'avaient aucun symptôme, 128 (33%) avaient un handicap faible, 96 (25%) avaient un handicap modéré et 27 (7%) avaient un handicap majeur (+ 42 (10%) décédés).

2. Effets de la régulation sur la prise en charge des patients admis en UNV pour AVC ischémique

Au total, 628 patients régulés par le 15 ont été admis en UNV dont 427 pour AVC ischémique. Pour ces patients, le taux de thrombolyse était plus élevé que celui des patients non régulés (33 % pour les patients régulés vs 19 % pour les patients non régulés) et les délais de prise en charge étaient plus courts :



Pour les patients régulés, le NIHSS a diminué de 1,4 point en moyenne entre l'entrée et 1 à 2 jours après l'entrée. Cette baisse était de 1 point pour les patients qui n'ont pas été régulés.

IV. UNV

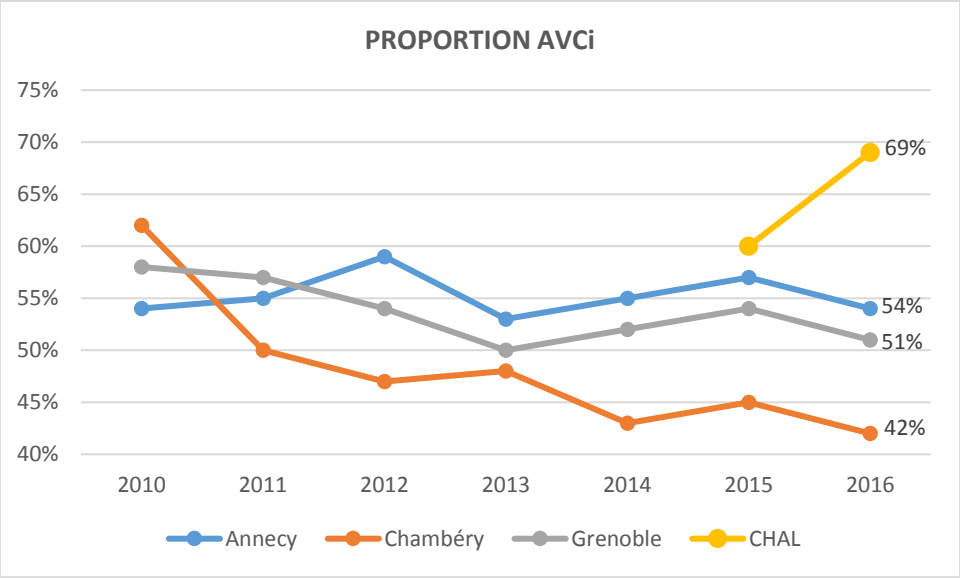
1. Généralités

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
n total	1523	1518	1818	1833	1831	2261	2730
Annecy	663	678	698	630	686	599	705
Chambéry	447	452	466	510	519	552	757
Grenoble	413	388	654	693	626	824	901
CHAL	-	-	-	-	-	286	367
Moyenne d'âge	64,4	63,6	65,0	64,6	65,2	66	65,5
Mode de sortie							
Décès	66 (4,3)	72 (4,7)	92 (5,1)	101 (5,5)	97 (5,3)	137 (6)	184 (6,7)
Domicile	932 (61)	895 (59)	1056 (58)	1143 (62)	1145 (63)	1293 (57)	1567 (57)
MCO	-	147 (10)	223 (12)	218 (12)	245 (13)	242 (11)	361 (13)
SSR	198 (13)	317 (21)	382 (21)	335 (18)	323 (18)	467 (21)	550 (20)
EHPAD/SLD	-	18 (1,2)	17 (0,9)	10 (0,5)	13 (0,7)	15 (1)	28 (1)
Diagnostics							
AVCi	807 (53)	816 (54)	990 (54)	926 (51)	925 (51)	1208 (53)	1415 (52)
AIT	153 (10)	158 (10)	178 (10)	184 (10)	202 (11)	245 (11)	256 (9)
AVCh/HSA	147 (10)	138 (9,1)	170 (9,4)	144 (7,8)	166 (9,1)	197 (9)	298 (11)
Neuro non AVC*	30 (2,0)	49 (3,2)	74 (4,1)	79 (4,3)	95 (5,2)	146 (6)	115 (4,2)
Non neuro	272 (18)	353 (23)	402 (22)	430 (24)	442 (24)	465 (21)	645 (24)

** inclus les suites de prise en charge et les visite pour protocole à partir de 2012*

2. Description des AVC ischémiques

a. Evolution de la proportion de diagnostics d'AVCi admis dans les UNVs

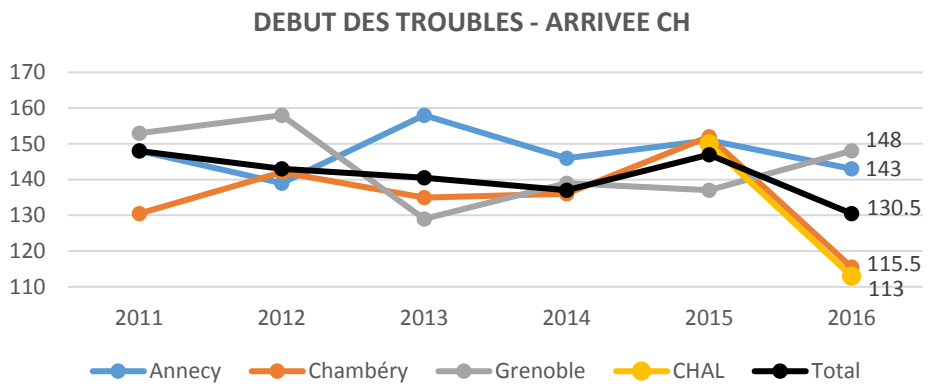


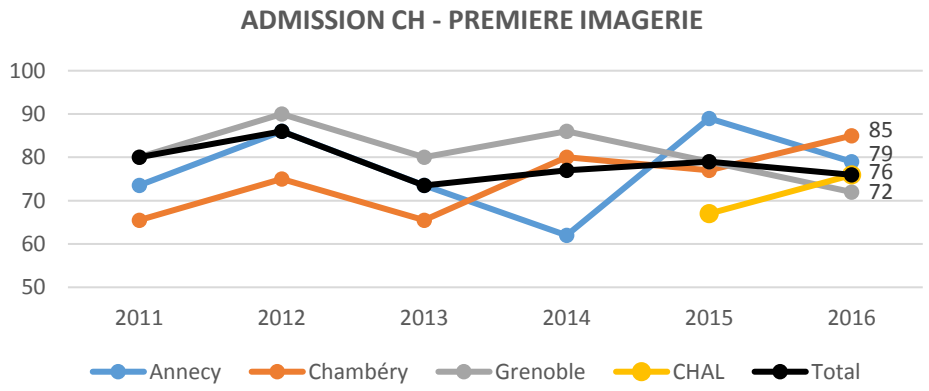
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
n total	807	816	990	926	925	1208	1415
Annecy	356	370	415	336	376	339	382
Chambéry	257	226	221	244	223	248	321
Grenoble	194	220	354	346	326	449	457
CHAL	-	-	-	-	-	172	255
Moyenne d'âge	66,7	67,9	68,1	68,6	67,7	70	69,3
Décès (%)	42 (5,2)	58 (7,1)	65 (5,6)	65 (7,0)	63 (6,8)	82 (6,8)	105 (7,4)

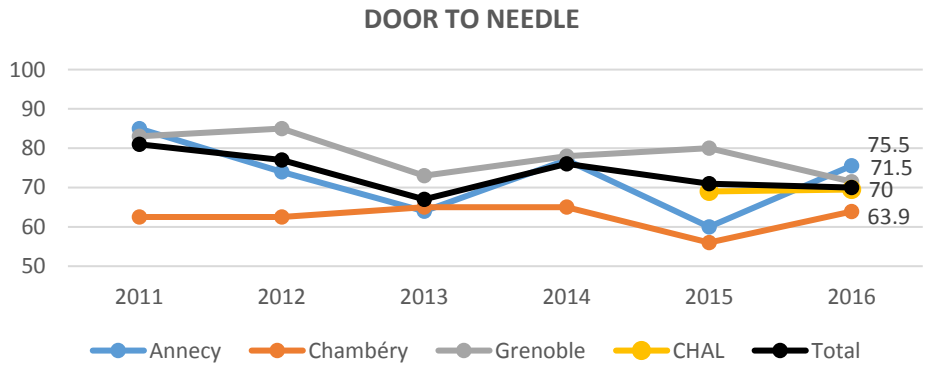
b. Score NIHSS et Rankin, patients avec AVCi pris en charge en 2016

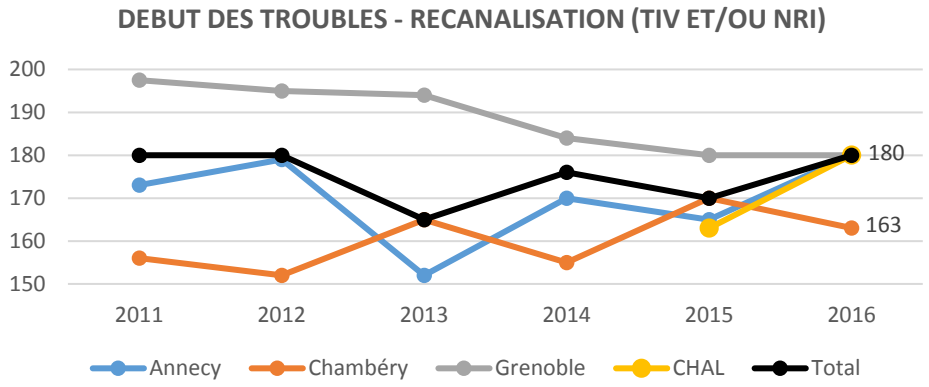
NIHSS Entrée (%)	*Données manquantes*	*<5*	*5-14*	*15-25*	*≥26*	*Moyenne*
Annecy	12 (3,1)	215 (56,3)	103 (27,0)	44 (11,5)	8 (2,1)	6,0
Chambéry	2 (0,6)	187 (58,3)	85 (26,5)	46 (14,3)	1 (0,3)	6,0
Grenoble	26 (5,7)	191 (41,8)	138 (30,2)	91 (19,9)	11 (2,4)	8,3
CHAL	14 (5,5)	132 (51,8)	69 (27,1)	32 (12,5)	8 (3,1)	7,0
Total	54 (3,8)	725 (51,2)	395 (27,9)	213 (15,1)	28 (2,0)	6,9
NIHSS J1-J2 (%)						
Annecy	57 (14,9)	216 (56,6)	71 (18,6)	31 (8,1)	7 (1,8)	5,1
Chambéry	246 (76,6)	44 (13,8)	19 (5,9)	12 (3,7)	0 (0,0)	5,9
Grenoble	47 (10,3)	237 (51,9)	109 (23,9)	58 (12,7)	6 (1,2)	6,2
CHAL	58 (22,7)	136 (53,3)	35 (13,7)	22 (8,6)	4 (1,7)	5,2
Total	408 (28,8)	633 (44,7)	234 (16,5)	123 (8,7)	17 (1,3)	5,6
Rankin sortie (%)	*Données manquantes*	*0*	*1-2*	*3-4*	*5-6*	*Moyenne*
Annecy	28 (7,3)	62 (16,2)	158 (41,4)	88 (23,0)	46 (12,1)	2,2
Chambéry	4 (1,2)	154 (48,0)	73 (22,7)	57 (17,8)	33 (10,3)	1,6
Grenoble	5 (1,1)	87 (19,0)	186 (40,7)	113 (24,7)	66 (14,5)	2,3
CHAL	34 (13,3)	56 (22,0)	77 (30,2)	47 (18,4)	41 (16,1)	2,2
Total	71 (5,0)	359 (25,4)	494 (34,9)	305 (21,6)	186 (13,1)	2,1

c. Délais médians de prise en charge des AVCi

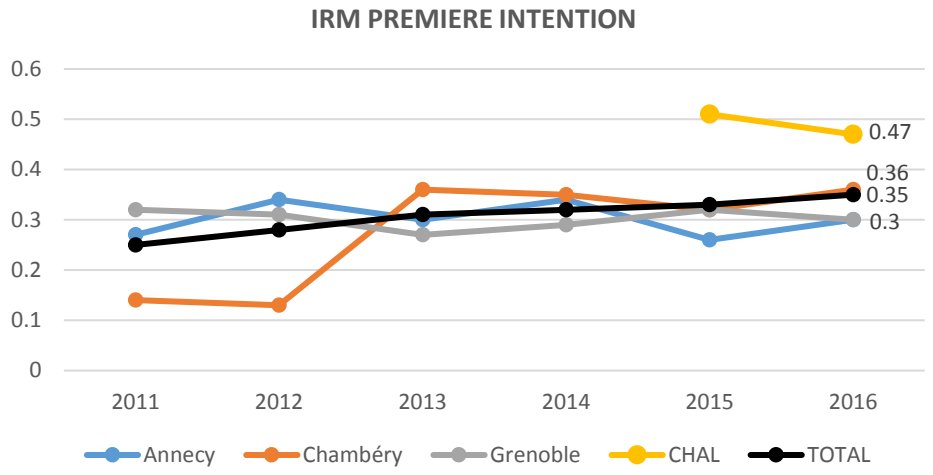






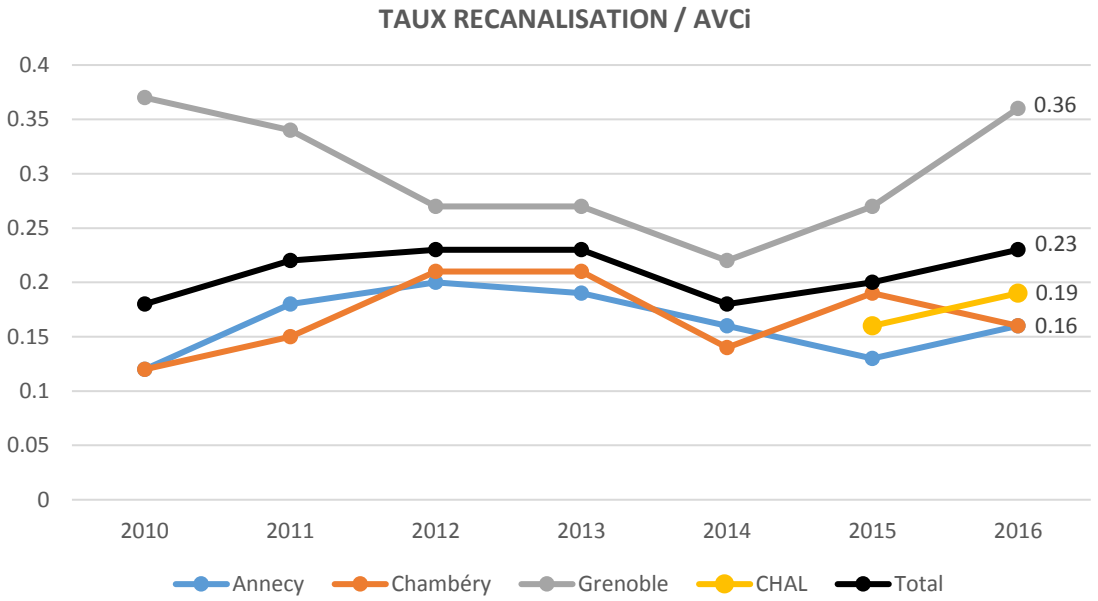


d. Imagerie en première intention



e. Descriptif des patients recanalisés

n(%)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Recanalisation	175 (22)	225 (23)	208 (23)	165 (18)	237 (20)	320 (23)
Annecy	68	83	64	61	44	63
Chambéry	32	47	52	33	46	50
Grenoble	75	95	92	71	120	166
CHAL	-	-	-	-	27	48
Moyenne d'âge	65,8	66,7	66,8	66,4	70,1	70,2
Décès	-	24 (11)	9 (4,3)	19 (12)	23 (9,7)	35 (10,9)
Méthode						
NRI / Bridging	-	20 (8,9)	15 (7,2)	10 (6,1)	24 (10)	114 (36) (83 bridging)
TIV seule	-	201 (89)	186 (89)	151 (92)	213 (90)	206 (64)



Transformation hémorragique

n(%)	TIV seule	TIV + NRI	NRI seule	Pas de recanalisation
Transformation hémorragique	20 (9,7)	12 (14,5)	4 (12,9)	33 (3)

NIHSS et Rankin

n(%)	n Total	<5	5-14	15-25	≥26	Moyenne
NIHSS Entrée	316	50 (15,8)	140 (44,3)	115 (36,4)	11 (3,5)	12,4
NIHSS J1/J2	256	111 (43,4)	81 (31,6)	57 (22,3)	7 (2,7)	8,5

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Différence NIHSS entrée-sortie	7	5,9	7	5,2	6,3	
Annecy	6,8	4,8	8,0	7,0	5,2	-
Chambéry	9,4	7,4	6,7	3,6	5,6	-
Grenoble	6,1	6,1	6,6	4,9	6,7	-
CHAL	-	-	-	-	6,7	-
Différence NIHSS entrée J1/J2						3,6
Annecy	-	-	-	-	-	1,9
Chambéry	-	-	-	-	-	6,3
Grenoble	-	-	-	-	-	4,3
CHAL	-	-	-	-	-	2,3

	n total	0	1-2	3-4	5-6
Rankin sortie	303	50 (16,5)	105 (34,7)	72 (23,8)	76 (25,1)

f. Descriptif des patients avec occlusion d'une artère proximale

	2016
Gros tronc n (%)	320 (23)
Isère	151 (47)
Haute-Savoie	122 (38)
Savoie	47 (15)
Age	74 [61-82]
Hommes	58 %
NIHSS entrée	14,5 [7-20]
NIHSS J1/J2	9 [3-18]
Rankin sortie	4 [2-5]
Recanalisation des gros troncs	197 (62)
TIV	85 (43)
NRI	29 (15)
Bridging	83 (42)
Bridging ou NRI pour patients pris en charge initialement en :	
Isère	59 (39) (NRI à Grenoble)
Haute-Savoie	40 (33) (NRI à Genève)
Savoie	13 (28) (dont 7 NRI à Grenoble)
Motifs de non recanalisation	123 (38)
Imagerie (FLAIR+, T2*, volume lésionnel trop important)	19 (15)
Délais	65 (53)
NIHSS	12 (10)
Non disponibilité du plateau technique	0 (0)
Régression signes cliniques	6 (5)
Autres / Inconnus	36 (29)

g. Descriptif des patients ayant bénéficié de NRI

	2016
NRI seule	31
Age	78 [72-82]
Hommes	48 %
Délai début des troubles - admission CH	2h30 [1h08-4h17]
Délai admission CH - première imagerie	0h39 [0h33-0h45]
Délai admission CH - ponction	1h25 [0h10-2h17]
Délai ponction - recanalisation	0h37 [0h26-1h17]
Délai début des troubles - recanalisation	4h53 [3h58-5h28]
Délai admission CH - recanalisation	2h00 [0h56-3h07]
TICI	2 [1-3]
NIHSS entrée	17 [8-22]
NIHSS J1/J2	12 [1-21]
Rankin sortie	5 [2-5]
Bridging	83
Age	74 [55-82]
Hommes	57 %
Délai début des troubles - admission CH	1h49 [1h20-3h16]
Délai admission CH - première imagerie	0h32 [0h23-0h56]
Délai admission CH - TIV	1h15 [0h59-1h29]
Délai ponction - recanalisation	0h50 [0h35-1h15]
Délai début des troubles - recanalisation	5h15 [4h25-6h25]
Délai admission CH - recanalisation	2h46 [1h23-3h35]
TICI	2 [0-3]
NIHSS entrée	18 [12-21]
NIHSS J1/J2	11 [7-17]
Rankin sortie	4 [2-5]
TIV seule pour comparaison	*206*
Age	*73 [61-83]*
Hommes	*57 %*
NIHSS entrée	*8 [5-15]*
NIHSS J1/J2	*4 [1-11]*
Rankin sortie	*2 [1-4]*

h. Descriptif des patients ayant bénéficié d'une téléthrombolyse

	2016
Téléthrombolyse n (%)	12
Albertville	1
Aubenas/Valence	1
Bourg Saint Maurice	1
Thônon	2
Voiron	7
Description	
Age	74 [67-78]
Hommes	5 (42 %)
NIHSS entrée	5 [3-14]
NIHSS J1/J2	2 [0-18]
Rankin sortie	0 [0-4]
Délai début des troubles - TIV	3h07 [2h33-4h07]
Délai début des troubles - première imagerie	1h40 [1h08-2h24]

IV. CONCLUSION

Le registre de régulation des suspicions d'AVC a inclus sur l'année 2016, 1960 patients (2141 en 2014, 2192 en 2015). On retient les points suivants :

- Si l'appel au 15 est effectué par la famille du patient, il s'agit dans 55% des cas d'un AVCi et dans 12% des cas d'un AIT (soit « seulement » 33% de diagnostics finaux autres que AVC et AIT).

- Un NIHSS simplifié entre 4 et 10 est associé à un diagnostic final d'AVCi ou AIT dans 65 % des cas.

- Cette année, 113 patients sont décédés, soit 5,8% des patients inclus (contre 3,2% pour l'année 2015).

- Sur 5 années d'analyse l'évolution des délais est stable. Les délais symptôme-appel et appel-arrivée des secours sont stables. Les délais de prise en charge pré-hospitalière ont tendance à augmenter, les door-to-needle à diminuer. Apres une amélioration du délai de l'ensemble de la chaine de secours sur les 3 premières années d'exercice (2012, 2013, 2014), on constate cette année un retour aux délais initiaux de 2012.

- En comparant la population de patients régulés (patient inclus dans les registres régulation et UNV) vs la population de patients non régulés (patient inclus uniquement dans la base UNV), on constate :

    - Différence du taux de recanalisation : 33% chez les régulés vs 19% chez les non régulés.

    - Diminution des délais symptôme-hôpital (2h04 vs 2h25) et symptôme-imagerie (2h45 vs 3h45)

    - Door-to-needle de ces 2 groupes quasi identiques : 2h54 vs 3h01 faisant suspecté une exhaustivité médiocre de notre registre.

Une étude d'exhaustivité de nos registres a été réalisée cette année. Elle a montré ce que nous suspections, à savoir une exhaustivité médiocre de notre registre : 60% des patients du registre UNV ne sont pas inclus dans le registre régulation (donc considérés comme non régulés) alors même qu'ils ont bénéficié d'une prise en charge en régulation. Les interfaces actuelles des systèmes de régulation des 3 SAMU du réseau ne permettent pas une requête automatisée des patients suspects d'AVC. L'inclusion prospective par les médecins a montré ses limites. Il a donc été décidé de stopper transitoirement les inclusions dans ce registre de manière à mener une réflexion plus globale sur son devenir.

Le nombre d'inclusions dans notre registre UNV continue d'augmenter : + 18% (soit 2730 inclusions) réparties de façon homogène au bassin de population dans les 4 UNV. La population neurovasculaire représente 72% des patients d'UNV (52% d'AVCi, 9% d'AIT, 11% d'AVCh). On peut cependant critiquer 2 points :

- Le « faible » taux d'AVC hémorragique en UNV : « seulement » 11% d'AVCh alors que ceux-ci représentent 20% du nombre des AVCi. L'hématome souffre probablement de l'absence de thérapeutique d'urgence, cédant ainsi la place à l'AVCi en UNV.

- La proportion de pathologies vasculaires et donc non–vasculaires varient d'un centre à l'autre : l'UNV de Chambéry hospitalise 42% d'AVCi contre 69% pour le CHAL (et 50% pour Annecy et Grenoble). Ces résultats pourraient être mis en relation avec le taux d'IRM en 1ere intention : 47% pour le CHAL contre 35% pour Chambéry. Cette explication doit cependant être pondérée par le taux d'IRM sur les 2 autres UNV de Grenoble et Annecy qui sont respectivement à 30% et 36%.

Les 2 données stratégiques critiquées lors des précédents rapports, Transformation Hémorragique (TH) et occlusion artérielle proximale ont été « sécurisées » grâce à un travail important sur le dictionnaire de variable et de collaboration étroite entre médecins neurovasculaires et techniciens du RENAU. Ainsi, cette année :

- Entre 9% et 14% de TH selon le mode de recanalisation (plus de TH pour les patients bénéficiant d'une stratégie de bridging à mettre en relation avec la gravité de l'AVCi).

- Donnée « gros troncs » : 23% des AVCi de notre registre UNV ce qui est cohérent avec l'épidémiologie des AVC.

Stratégies de recanalisation : 23% des AVCi sont recanalisés (augmentation franche des stratégies de reperfusion pour l'UNV du CHU de Grenoble à 35%, seul centre du réseau bénéficiant d'un plateau de thrombectomie). L'UNV de Chambéry diminue son taux de reperfusion (16% contre 20% en 2015). On peut imaginer qu'une partie de cette diminution est imputable à des orientations primaires depuis la régulation vers le CHU de Grenoble (plateau complet réalisant TiV et NRI).

Le door-to-needle du réseau est stable à 70 min de délai médian, tout centre UNV confondus. Les délais ré-augmentent, notamment sur l'UNV d'Annecy avec un délai médian à 75 min. Les recommandations visent un door-to-needle inférieur à 30 min…. la marge de progression est donc importante !

23% de notre population d'AVCi présente une occlusion de gros troncs. 62% bénéficient d'une recanalisation : 43% par TIV seule, 15% par NRI, 42% par bridging TIV+NRI.

Nous avons analysé les stratégies de reperfusion en fonction des zones géographiques des UNV : Isère pour le CHU de Grenoble, Savoie pour Chambéry, Haute-Savoie pour Annecy et CHAL.

39% des « gros troncs de l'Isère bénéficient d'une recanalisation, 32% pour la Haute-Savoie, 27% pour la Savoie. L'ensemble des NRI des UNV de Haute-Savoie ont été réalisées sur le HUG de Genève.

38% des « gros troncs » n'ont pu bénéficier d'une stratégie de recanalisation : 53% pour cause de délais non compatibles (> 6h, AVC du réveil), 15% pour données d'imagerie (volume lésionnel trop important), 10% pour NIHSS. Aucune non recanalisation pour cause de plateau technique indisponible.

L'activité de télé-AVC est encore anecdotique : 12 procédures de télé-TIV. Aucune complication. On peut souligner le dynamisme de la filière Voiron-Grenoble : 7 procédures.

Le RENAU-AVC doit continuer sa dynamique d'amélioration des PEC des patients victime d'AVC. Il est impératif de continuer travailler avec les équipes des services d'urgences et d'UNV sur l'optimisation des délais de PEC intra-hospitalières. L'ensemble de la chaine de secours doit se mobiliser pour tendre vers les 30 min de door-to-needle.

L'aboutissement d'un travail de thèse sur des facteurs prédictifs d'orientation en NRI depuis la régulation devrait aussi nous permettre d'améliorer les stratégies de reperfusion.

Ce rapport d'activité est le fruit d'un an de travail. Merci à tous les acteurs de la filière pour leur implication :

- Médecins neurovasculaires des 4 UNV

- Médecins régulateurs

- Le bureau RENAU-AVC

- La cellule de coordination du RENAU : Mme Claire Morvan, biostatisticienne, Mme Charlotte Noel (TEC Annecy), Mme Pascaline Levrard (TEC Chambéry), Mr Mamadouba Touré (TEC Grenoble), Mr Mathieu Lenormand (Data-management).

VI. FICHES DE RECUEIL

Fiche recueil UNV régionale	Bureau AVC		

MAJ : 14/12/2016

UNV en charge du patient : ☐ Annecy ☐ Chambery ☐ Grenoble ☐ CHAL

Données d'hospitalisation patient

NOM/Prénom : Sexe : ☐ M ☐ F

Date de naissance : / / Code postal, lieu de vie :

Date admission établissement : / / Heure : Date sortie établissement : / /

Date admission Réa : / / Heure : Date de sortie Réa : / /

Date admission UNV : / / Heure : Date de sortie UNV : / /

Mode de sortie : ☐ Domicile ☐ Mutation MCO ☐ Mutation UNV/USC/Réa ☐ SLD/EHPAD ☐ SSR / MPR ☐ Décès

Diagnostic final :
☐ AVCi ☐ AIT ☐ AVC Hémorragique
☐ AVCi Transfert NRI ☐ HSA ☐ Autre NV (TVC, dissection, ...)
☐ Visite Protocole ☐ Non NV ☐ Suite de prise en charge d'un AVC

Uniquement si AVC / AIT

Début des troubles : ☐ < 24h ☐ > 24h ☐ AVC du réveil Si < 24h, heure début des troubles :

Imagerie première intention : ☐ IRM ☐ TDM Date imagerie : / / Heure :

Territoire vasculaire : ☐ Carotidien ☐ Vertébro basilaire ☐ Hématome profond ☐ Hématome lobaire

Côté de la lésion : ☐ Gauche ☐ Droit ☐ Bilatéral

NIHSS d'entrée : NIHSS à J1/J2 : Rankin de sortie :

Consultation de suivi : ☐ Non ☐ Oui Date de consultation : / /

Rankin de suivi à la consultation :

Uniquement si AVC ischémique/AIT

Sous type : AVCi/AIT-TOAST
☐ Athérosclérose certain ☐ Athérosclérose probable ☐ CE (FA, valvulopathie..) ☐ Lacune
☐ Causes multiples ☐ Autres causes (dissection..) ☐ Inconnues/indéterminées (FOP...)

Transformation Hémorragique symptomatique J1 (majoration NIHSS > 3 ou décès imputé à TH par neurologue) : ☐ Non ☐ Oui

Occlusion d'un gros tronc : ☐ Non ☐ Oui ☐ Non recherché

Si oui : ☐ Carotide IC ☐ Tandem ☐ Basilaire ☐ M1 ☐ M2 ☐ P1 ☐ P2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ Vertébrale unique

Recanalisation : ☐ Non ☐ Oui

Motif de non recanalisation :
☐ Imagerie (FLAIR+, T2*, volume lésionnel trop important) ☐ Délais
☐ NIHSS ☐ Non disponibilité du plateau technique
☐ Regression signes cliniques ☐ Autres .....

Uniquement si tentative de recanalisation

Type de recanalisation : ☐ TIV seule ☐ NRI seul ☐ TIV + NRI

Si TIV : Télé-Thrombolyse ☐ Non ☐ Oui Si oui, établissement:

Date de TIV : / / Heure :

Si NRI : Date de ponction: / / Heure : Date de recanalisation : / / Heure :

TICI final : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

FICHE D'INCLUSION REGISTRE DES SUSPICIONS D'AVC A LA REGULATION (V5 Février 2014)

N° FICHE C15 (=N° APPEL)

RÉGULATEUR

DATE APPEL/ HEURE D'APPEL	LIEU DE PRISE EN CHARGE	☐ Domicile ☐ EHPAD ☐ Lieu public, voie publique ☐ Etablissement de soins, Clinique, Hôpital
NOM/PRENOM		
NOM DE JEUNE FILLE	COMMUNE	APPELANT ☐ Patient lui même ☐ Médecin/IDE ☐ Famille ☐ Equipe de secours, pisteurs ☐ Témoin
DATE DE NAISSANCE/ AGE		
POIDS	APPEL INITIAL	☐ 15 ☐ 18 ☐ 112...

RAPPEL SUSPICION AVC

DÉFICIT Déficit neuro : moteur, sensitif, vue, parole exclus signes positifs : douleurs, tremblements, flash...

BRUTAL D'emblée maximale. Plusieurs déficits peuvent s'additionner

SPONTANÉ Exclus déficits post traumatiques, intoxications, tumeurs, infections.

LOCAL Un membre, un hémicorps, un hémichamp visuel

SCORE NIHSS Simplifié

En cas d'impossibilité de répondre à un item, cocher et compter 0

	0	2	4	SCORE
VIGILANCE	NORMALE	REDUITE	COMA	
TROUBLE VISUEL	ABSENT	PRESENT		
LANGAGE	NORMAL	DIMINUE	APHASIE	
PARALYSIE FACE	ABSENTE	PRESENTE		
MOTRICITE MSG	NORMALE	DIMINUEE	PARALYSIE	
MOTRICITE MSD	NORMALE	DIMINUEE	PARALYSIE	
MOTRICITE MIG	NORMALE	DIMINUEE	PARALYSIE	
MOTRICITE MID	NORMALE	DIMINUEE	PARALYSIE	
			TOTAL	

1/ ELIGIBLE A LA RECANALISATION

CRITÈRES D'EXCLUSION

Hors délais certain (> 4H30, hormis AVC du réveil si âge < 80 ans et AVC du tronc cérébral) — OUI

Absence d'autonomie antérieure, état grabataire — OUI

DATE DÉBUT DES TROUBLES

HEURE DÉBUT DES TROUBLES

2/ ORIENTATION

SI AU MOINS 1 "OUI" EST COCHÉ : PATIENT NON ELIGIBLE A LA RECANALISATION

PATIENT ELIGIBLE A LA RECANALISATION

LE PATIENT NE RÉPOND PAS AUX CRITÈRES DE RECANALISATION
UN AVIS NEUROVASCULAIRE RESTE POSSIBLE
Orienter les patients vers un centre disposant d'un Scanner.
Décider d'un moyen de transport en fonction de la vigilance.

LE PATIENT CORRESPOND AUX CRITÈRES PRÉHOSPITALIERS DE RECANALISATION
CONTACTER MEDECIN NEUROVASCULAIRE
Organiser le transport LE PLUS RAPIDE

UNV	Téléphone	Fax
Annecy	04 50 63 68 88	04 50 63 66 71
Chambéry	06 30 76 18 33	04 79 96 58 65
Grenoble	0476767575+BIP069/06 46 32 42 99	04 76 76 61 23
CHAL	04 50 82 31 07 (garde)	04 50 82 30 74
Genève	00.41.22.372.33.11	00.41.22.372.33.11
Lyon	04 72 11 89 29 / 04 72 35 69 27	04 72 11 90 12
Valence	04 75 82 31 00 (SAMU 26)	04 75 82 31 01
Vienne	06 85 68 30 26	04 74 31 33 80

☐ CONTRE INDICATION POTENTIELLE A L'IRM

(Présence d'un stimulateur cardiaque, d'un neurostimulateur, d'un corps étranger métallique oculaire, d'un implant auditif, d'une valve cardiaque métallique, d'un clip vasculaire ou neurochirurgical ou de tout matériel médical électronique)

☐ CONTRE INDICATION A LA THROMBOLYSE IV, *Penser à la recanalisation IA*

Si âge >80 ans et délai >3 heures, trouble de la vigilance nécessitant l'intubation (attention à l'AVC du tronc), antécédent d'hémorragie sévère, chirurgie ou traumatisme récents, ulcère gastroduodénal évolutif (douleur ulcéreuse < 3 mois), Hémorragie intra-crânienne, Anti coagulant avec INR > 1,5 TCA > 40 sec)

PENSER - à récupérer un numéro de téléphone de l'entourage
- à faire suivre l'ordonnance avec le patient

Tél :

3/ CONCLUSION

AVIS NEURO DEMANDÉ :	☐ OUI (nom) ☐ NON
DÉCISION FINALE :	☐ Eligible à la recanalisation IV ☐ Eligible à la recanalisation IA ☐ Non éligible
TYPE TRANSPORT :	☐ VSAV ☐ Ambulance ☐ SMUR ☐ Hélico ☐ Propre moyen
DESTINATION :	HÔPITAL : SERVICE :

HEURE PRISE EN CHARGE

HEURE ARRIVÉE ESTIMEE